

## КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Матвеевко В.Н., Матвеевко М.Е., Пархач М.И.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Термин «полип» – понятие, обозначающее макроскопическое образование, выступающее в просвет кишки относительно нормальной слизистой толстой кишки. При гистологическом исследовании выделяют неопластические (аденомы и раки), ненеопластические полипы и гамартомы. В свою очередь ненеопластические полипы могут быть сгруппированы следующим образом: гиперпластические, слизистые, воспалительные и подслизистые.

*Гиперпластические полипы* – наиболее частые ненеопластические полипы в толстой кишке. Это маленькие узелки, состоящие из нормальных клеточных компонентов. В них отсутствует дисплазия эпителия. Гиперпластические полипы чаще локализуются в левой части толстой кишки, располагаются ниже селезеночного узла и имеют меньше 5 мм в диаметре. Они не малигнизируются и не являются предшественниками аденом в правой части кишечника. У асимптоматичных пациентов тест на скрытую кровь обычно отрицательный (1).

*Слизистые полипы* – маленькие (менее 5 мм) утолщения в ткани, которые эндоскопически могут быть похожи на лежащую по периферии плоскую слизистую, а гистологически – это нормальная слизистая. Они не имеют клинического значения.

*Воспалительные полипы* представлены грануляционной тканью и регенерирующей слизистой. Эти полипы обычно единичны и могут быть большими, на ножке и иногда вызывают боли, кровотечения или непроходимость. Воспалительные полипы не являются фактором риска развития рака толстой кишки, но они часто изъязвляются и иногда эндоскопически трудноотличимы от рака.

*Воспалительные псевдополипы* – неправильно сформированные островки остатков интактной слизистой оболочки толстой кишки, которые являются результатом изъязвления и регенерации при воспалительных заболеваниях толстого кишечника. Обычно это множественные полипы, разбросанные по поверхности. Они не содержат диспластических участков и не являются фактором риска развития рака

*Подслизистые полипы* представляют собой разнообразные подслизистые образования, включая лимфоидные агрегаты фолликулов, липомы, лейомиомы, кисты, гемангиомы, фибромы, карциноид и метапластические повреждения, которые могут иметь вид полипа.

Среди гамартром различают ювенильные полипы и полипы Пейтца-Еггерса. *Ювенильные полипы* состоят из собственной пластинки слизистой оболочки и расширенных кистозных желез. Их обычно удаляют, т.к. высока вероятность кровотечения, но они редко малигнизируются. *Полипы Пейтца-Еггерса* состоят из железистого эпителия, под которым расположены гладкомышечные клетки, соединяющиеся с мышечным слоем слизистой оболочки. Они обычно доброкачественны, но быстрый рост и малигнизация возможны.

*Аденоматозные полипы (аденомы)* составляют две трети полипов толстой кишки. Они характеризуются наличием дисплазии, а, следовательно, могут малигнизироваться. Почти все колоректальные раки возникают из аденоматозных полипов, но не все аденомы прогрессируют в рак. Выявление и удаление аденом дает значительное уменьшение заболеваемости и смертности, связанной с колоректальным раком.

Возраст является фактором риска для образования аденом. Колоноскопический скрининг асимптоматичных пациентов показал встречаемость аденом у 25 до 30% лиц в возрасте 50 лет (2-3), а аутопсийное изучение выявило до 50% аденом к 70 годам. Аденоматозные полипы наиболее часто встречаются у мужчин.

Аденомы, которые диагностируются, как признак колоректальной неоплазмы, называются синхронными. При выявлении после 6 месяцев аденома считается метакронной. В 30-50% случаев выявляются синхронные аденомы (4).

Локализация аденоматозных полипов имеет большое значение для скрининговой программы. При длительном изучении локализации метакронных колоректальных раков было найдено распространение полипов из левой в правую часть толстой кишки.

**Патологическая классификация аденом.** Гистологические характеристики и размер аденом наиболее важны в их способности к малигнизации. По строению выделяют тубулярные, ворсинчатые и смешанные аденомы. *Тубулярные аденомы* составляют более 80% толстокишечных аденом. Они характеризуются наличием сети разветвленного аденоматозного эпителия. Чтобы классифицировать аденому, как тубулярную, она должна иметь не менее 70% тубулярного компонента. *Ворсинчатые аденомы* составляют 5-15% аденом. Для них характерны длинные, прямые железы, вытянутые от поверхности к центру полипа. Чтобы отнести аденому к ворсинчатой, она должна иметь не менее 75% ворсинчатого компонента. *Тубулярно-ворсинчатая аденома* имеет от 26 до 75% ворсинчатого компонента и составляет 5-15% от всех аденом.

Выделяют также *сидячие полипы*, если их основание прилежит к стенке толстой кишки, и *полипы на ножке* (педункулярные), у которых имеется прослойка слизистой между полипом и стенкой кишки. Маленькие полипы (меньше 5 мм) редко бывают на ножке.

Важно учитывать тот факт, что хотя аденомы чаще находят среди приподнятых структур, около 36% аденом являются плоскими и имеют высоту менее половины их диаметра, и до 1% аденом обнаруживается в углублениях (5, 6). Плоские аденомы часто больше по размерам, по сравнению с их полиповидными формами.

Все аденомы характеризуются дисплазией, которую классифицируют как слабую, умеренную и тяжелую, в зависимости от ядерной атипии, цитологической дезорганизации, скоплений и формирования желез. Дисплазия высокой степени тяжести представляет промежуточную ступень эволюции аденоматозного полипа в рак (7). Темпы роста аденоматозных полипов различны. Спонтанная регрессия аденом наблюдается редко (8).

Доброкачественные неопластические структуры со смешанными гистологическими чертами гиперпластического и аденоматозного полипов называют зубчатыми аденомами. В одном наблюдении найдено, что 37% зубчатых аденом содержали области выраженной дисплазии и 11% – внутрислизистой карциномы (9). Клиническая тактика по отношению к ним должна быть такой же, как с аденоматозными полипами.

К факторам риска для развития колоректального рака относятся: аденоматозные полипы более 1 см в диаметре с высокой степенью дисплазии. Ворсинчатое гистологическое строение и увеличение размеров полипа являются независимыми факторами риска для

дисплазии высокой степени внутри аденомы и развития колоректального рака (10).

Имеются работы, в которых не найдено увеличение риска рака у больных с маленькими размерами полипов после удаления и последующего наблюдения (11). В то же время происходит увеличение риска рака в 4 раза при наблюдении пациентов с полипами более 1 см (12). Маленькие тубулярные аденоматозные полипы незначительно повышают риск рака в популяции в целом. Однако эндоскопическое удаление всех аденом приводит к уменьшению случаев рака (13).

Таким образом, эрадикация аденом толстой кишки является важной для достижения конечной цели – минимизации риска развития рака у отдельного индивидуума и популяции в целом. Колоноскопическая полипэктомия – доказанное эффективное средство в предотвращении колоректального рака.

Литература.

1. Distal colonic hyperplastic polyps do not predict proximal adenomas in asymptomatic average-risk subjects / D. K. Rex [et al.] // *Gastroenterology*. – 1992. – Vol. 102. – P. 317.
2. Colonic neoplasia in asymptomatic persons with negative fecal occult blood tests: Influence of age, gender, and family history / D. K. Rex [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 1993. – Vol. 88. – P. 825.
3. Rex, D. K. Colonoscopy: A review of its yield for cancers and adenomas by indication // D. K. Rex // *Am. J. Gastroenterol.* – 1995. – Vol. 90. – P. 353.
4. The value of colonoscopic surveillance after curative resection for colorectal cancer or synchronous adenomatous polyps / G. Carlsson [et al.] // *Arch. Surg.* – 1987. – Vol. 122. – P. 1261.
5. Flat and depressed colonic neoplasms: A prospective study of 1000 colonoscopies in the UK / B. J. Rembacken [et al.] // *Lancet*. – 2000. – Vol. 355. – P. 1211.
6. Prevalence and distinctive biologic features of flat colorectal adenomas in a North American Population / Y. Saitoh [et al.] // *Gastroenterology*. – 2001. – Vol. 120. – P. 1657.
7. Atkin, W. S. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas / W. S. Atkin, B. C. Morson, J. Cuzick // *N. Engl. J. Med.* – 1992. – Vol. 326. – P. 658.
8. Lack of spontaneous regression of tubular adenomas in two years of follow-up / K. Bersentes [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 1997. – Vol. 92. – P. 1117.
9. Longacre, T. A. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/Serrated adenomas: A distinct form of colorectal neoplasia / T. A. Longacre, C. M. Fenoglio-Preiser // *Am. J. Surg. Pathol.* – 1990. – Vol. 14. – P. 524.
10. The National Polyp Study: Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas / M. 'Brien [et al.] // *Gastroenterology*. – 1990. – Vol. 98. – P. 371.
11. R. J. Spencer [et al.] Treatment of small colorectal polyps: A population-based study of the risk of subsequent carcinoma. *Mayo Clin Proc* 1984; 59:305.

12. Metachronous colon cancer in persons who have had a large adenomatous polyp / D. P. Otchy [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 91. – P. 448.

13. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Work Group / S. J. Winawer [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1993. – 329. – P. 1977.